

# 健 康 診 断 書

氏 名		生年月日 昭和・平成 年 月 日 生			
住 所					
身 長	c m		胸部レントゲン 所 見	間接 所見あり	
体 重	k g			所見なし	
腹 囲	c m			治療所見	
視 力	右 . ( . ) 左 . ( . )			要精密検査	
色 覚	右 左				
聴 力	右 左				
血 壓	mmhg～	mmhg			
既 往 症	特になし	あり			
診察所見	フィルムNO.				
	E C G 所 見				
尿 検 査	蛋白	血 液 檢 査		赤血球 ヘマトクリット	
	糖			白血球	
	ウルビリノーゲン			血色素	
	潜血			血小板	
肝 機能 検 査	G O T	H B s 抗原		血 糖	
	G P T	H B s 抗体		総コレステロール	
	r - G T P	H C V 抗体		中性脂肪	
					H D L - C
総合所見及び 特記事項					
上記のとおり診断します。		令和 年 月 日			
		所在地			
		名 称			
		医 師	印		